1902
Stanford University Library
NOV 10 1903

Ueber die Beweglichkeit des abgeschnürten rechten Leberlappens bei Schnürleber.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

k. b. Friedrich-Alexanders Universität zu Erlangen

vorgelegt von

August Hess
approb. Arzt

aus

Erlangen.

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Dezember 1902.

Erlangen.
K. b. Hofbuchdruckerei von Hans Vollrath.
1903.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät Erlangen.

Referent: Herr Prof. Dr. Penzoldt.

Erlangen, den 20. Dezember 1902.

Professor Dr. v. Strümpell.
derz. Dekan.

Meinen Schwiegereltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153716_0352

Die Schnürleber ist eine häufig vorkommende Form der abnormen Gestalt der Leber. Wie schon der Name sagt, entsteht sie durch das „Schnüren", d. h. durch das Zusammenpressen des unteren Teiles des Brustkorbes und des oberen Teiles des Leibes durch Korsetts, Riemen und Gurten, besonders aber durch das Binden der Rockbänder.

Da aber der Gebrauch der Korsetts und die Befestigung der Röcke und Unterkleider um den Leib vornehmlich ein Produkt der Frauenmode ist, so trifft man eben auch am häufigsten bei Frauen die Schnürleber und hier ist sie wieder eine Erscheinung des mittleren und vorgeschrittenen Lebensalters, da eine Umgestaltung der Leber doch erst durch langen und fortgesetzt andauernden Druck verursacht wird, und mit der künstlichen Deformation durch Schnürleiber u. s. w. am Thorax gewöhnlich nach der Entwicklung begonnen wird.

Ein näheres Eingehen auf alle den Thorax deformierenden Einflüsse des Schnürens, sowie auf die üblen Wirkungen, welche dasselbe auf die Lage der Baucheingeweide ausübt, dürfte hier zu weit führen. Es soll hier nur der verderblichen Einwirkung des Schnürens auf die Leber kurz gedacht werden.

Die schon erwähnten Kleidungsstücke, wie Korsetts, Gurte, Riemen und Rockbänder, die letzten drei namentlich wenn sie zu schmal sind, üben einen zirkulären Druck hauptsächlich auf den untern Teil des Brustkorbs und den obern Teil des Leibes aus. Ist nun auch der Druck in seiner ganzen kreisförmigen Ausdehnung so ziemlich der gleiche, so ist

doch seine Wirkung eine verschiedenartige. Hier spielt einmal das Alter eine grosse Rolle. Tritt die Druckwirkung in Kraft bei einem noch jugendlichem Körper, so wird ihr Einfluss ein bedeutend schlimmerer sein auf die hier noch weichen, biegsamen Knochen, als auf die unnachgiebigeren des ausgewachsenen Menschen. Sehr verschieden ist auch der Widerstand der einzelnen Körperteile, welche von dem Druck getroffen werden. Auf die starre, kräftige Wirbelsäule wird er wohl keinen Einfluss ausüben und nur wenig auf die massige, kräftig entwickelte Rückenmuskulatur. Anders gestaltet sich die Sache, wenn der Druck die weichen, elastischen Rippen trifft, oder seinen Einfluss auf die dünnen Bauchdecken und die darunter liegenden Organe geltend macht.

Die Mode des Schnürens ruft folgende Veränderungen an dem Thorax hervor. Sein unterer Teil wird verengt durch Verbiegen der Rippen nach innen, die Basis wird missgestaltet und kleiner, der Rippenbogenrand drückt sich entweder in die unter ihm liegenden Organe, wenn sie nicht genügend ausweichen können, ein, er ändert ihre Gestalt, oder wenn sie frei beweglich sind, schiebt er sie einfach zur Seite. Die Därme können vermöge ihrer grossen Bewegungsfähigkeit ausweichen, doch anders ist es bei der Leber. Dieser ist ein Ausweichen mechanischen, von aussen wirkenden Insulten nur in geringem Maasse gestattet, denn durch die verschiedenen Bänder, die sie mit Nachbarorgane verbinden, ist ihre Bewegungsfähigkeit eine sehr beschränkte. Sie ist deshalb durch die Schnürwirkung am meisten geschädigt, zumal sie noch mit ihrer Oberfläche an dem Rippenbogen und den Bauchdecken direkt anliegt.

So entstehen durch Korsetts, Rockbänder, Riemen u. s. w. je nach der Stärke des Druckes und der grösseren oder geringeren Widerstandsfähigkeit der betreffenden

Person Schnürlebern vom geringsten Grade bis zu solcher Deformation der Leber, dass grosse Teile, namentlich des rechten Leberlappens, so stark abgeschnürt werden können, dass sie nur noch durch eine fibröse Brücke mit der übrigen Leber im Zusammenhang stehen. Aber nicht nur einfache Abschnürung eines Leberlappens ist die Folge des Schnürens, sondern eine Verlängerung des Organs sogar bis zur Cöcalgegend kann stattfinden. Das Zustandekommen einer so gewaltigen Leberdeformation muss man sich folgendermassen denken: Durch das Schnüren wird eine Kompression der Leber von vorn nach hinten bewirkt. Es entsteht durch den fortgesetzten Druck allmählich eine Einziehung des freien Randes der falschen Rippen und dieser wird nun fortgesetzt gegen den rechten Leberlappen gedrückt. Es entsteht in diesem nach und nach ein Eindruck des Rippenrandes und der Rockbänder in Gestalt einer Querfurche, diese vertieft sich mehr und mehr, das Leberparenchym in der Schnürfurche verödet allmählich, es wird ersetzt durch bindegewebige Substanz. Im so abgeschnürten Lappen treten nun Stauungserscheinungen von Seite der Galle und des Blutes auf verursacht durch Kompression der betreffenden Gefässe und Gänge. Dadurch tritt eine Vergrösserung des Lappens in seinem ganzen Umfange ein. So kann eine Geschwulst entstehen, die bis in die Gegend der rechten Fossa iliaca hinabreicht.

Man sollte meinen, eine solche Veränderung eines grossen Teiles der Leber müsste Beschwerden verursachen. Dass dies jedoch nicht immer so ist, beweisen die Befunde, die in dieser Richtung am Sektionstische gemacht wurden und welche zu Entdeckungen starker Leberdeformitäten führten, die im Leben keine Beschwerden verursachten. Doch kommen zum öftern abnorm grosse Lappungen auch an Lebenden zur Beobachtung, sei es, dass deren Träger wegen Beschwerden, eben

durch einen Schnürlappen verursacht, sachverständige Hilfe aufsuchen, sei es als ein zufälliges Ergebnis einer durch andre Gründe veranlassten Untersuchung des Abdomens.

Dass übrigens ein Schnürlappen grosse Beschwerden machen, und dass die Diagnose eines solchen Schwierigkeiten bereiten kann, zeigt ein Fall, von Billroth in Wien operiert, und von v. Hacker in der medizinischen Wochenschrift 1886, Nr. 14 und 15 beschrieben. Hier wurde die Diagnose gestellt auf ein Neoplasma in der rechten Oberbauchgegend [Tumor der Niere, des Darms oder der retroperitonealen Drüsen], und nach ausgeführter Laparotomie wurde die Geschwulst als ein beweglicher, abgeschnürter Leberlappen erkannt, der dann mit gutem Erfolg mittelst einer die Bauchwand durchdringenden Naht an dieser befestigt wurde.

In Lehrbüchern älteren und neueren Datums finden diese abgeschnürten Leberlappen gebührende Erwähnung. Die Beobachtungen von Autoren älterer und jüngerer Zeit lassen sich dahin zusammenfassen, dass bedeutende Abschnürungen des rechten Leberlappens wohl vorkommen, wenn auch nicht häufig. Es wird angegeben, dass ein abgeschnürter rechter Leberlappen eine ansehnliche Länge erreichen kann — bis zur Cöcalgegend kann er herabsteigen —; auch die Beweglichkeit wird von den meisten Autoren erwähnt, sowohl die Spontanverschiedlichkeit beim Atmen, als eine passive Beweglichkeit, welche gestattet, den Lappen, vorausgesetzt, dass man mit den Fingern bei schlaffen, fettarmen Bauchdecken unter denselben kommen kann, nach oben umzuklappen. Dies Umklappen ist zu verstehen als eine Drehung des Schnürlappens um eine von rechts nach links gedachte horizontale Axe. Es wird wohl auch auf eine seitliche Beweglichkeit, das heisst eine Drehung um eine von hinten nach vorn gedachte hori-

zontale Axe, hingewiesen, diese wird aber nirgens als bedeutend erwähnt, meist wird sie als eine mässige bezeichnet.

Es sei hier gestattet anzuführen was verschiedene Autoren von der Beweglichkeit des abgeschnürten Leberlappens sagen. So Friedrich Theodor Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten 1858: „Gleichzeitig wird durch die ringförmige Verengerung ein Teil des rechten meist auch des linken Lappens abgeschnürt, bald an einer höheren, bald an einer tiefern Stelle, je nach der Lage der Einschnürung. Die so gebildete Furche greift oft tief in das Parenchym ein, so dass nicht viel mehr als eine schlaffe, ligamentöse Verbindung übrig bleibt, welche ein Umklappen der abgeschnürten Partie gestattet.“

In Nothnagels Handbuch, die Krankheiten der Leber, von H. Quinke und G. Hoppe-Seyler in Kiel, Wien 1899, wird S. 13 folgendes erwähnt: Am schwierigsten ist die Diagnose da, wo der Schnürlappen nur durch eine Bindegewebsbrücke mit dem Organ zusammenhängt; hier kann er sogar seitlich etwas verschoben, wie nach vorn und oben umgeklappt werden, kann auch nach hinten sinken und durch Därme überlagert werden.

Eichhorst, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie I. S. 953 bespricht zuerst das Zustandekommen der Schnürlappen und sagt über die Beweglichkeit: „Das abgeschnürte Leberstück ist meist kolbig verdickt, an dem untern Rande abgestumpft und lässt sich leicht nach oben und unten umklappen.

Eduard Kaufmann führt in seinem Lehrbuche der speziellen pathologischen Anatomie 1896, an: „Der abgeschnürte untere Teil kann so beweglich werden, dass er sich unter Umständen sogar nach oben umklappen kann, in anderen Fällen kann er mit einer Wanderniere verwechselt werden.“

Theodor v. Jürgensen schildert in seinem Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie 1902 die physikalischen Folgen der Einschnürungen: „Verlängerung des Organs mit Ausdehnung nach unten, die sogar bis zur Cöcalgegend reichen kann, Beweglichkeit an der verdünnten Stelle bisweilen so erheblich, dass man bei schlaffen und fettarmen Bauchdecken den abgeschnürten Lappen umzuklappen vermag."

Minkowski schreibt in dem Lehrbuch der innern Medizin von v. Mering, Jena 1901, S. 493: „Bei fortgesetzter Druckwirkung kommt es zur förmlichen Abschnürung von mehr oder minder beweglichen Leberlappen, die infolge von Blut- und Gallenstauung häufig deformiert und kolbig verdickt erscheinen."

Lenhartz weist in Penzoldt-Stintzings Handbuch Bd. IV. S. 1025 in dem Kapitel über die abnorme Beweglichkeit der Leber auf die Möglichkeit hin, dass ein sehr beweglicher Schnürlappen der Leber für eine Wanderleber erklärt werden könnte.

v. Strümpell sagt in seinem Lehrbuch 1899 B. II. S. 328: Manchmal kann man den untern Leberabschnitt wie um ein Gelenk vollständig nach oben überklappen.

Einige wenige Aufsätze in medizinischen Zeitschriften berichten ebenfalls über den abgeschnürten rechten Leberlappen, doch findet daselbst eine starke passive Seitwärtsbeweglichkeit keine besondere Erwähnung. So ist in dem schon oben angeführten von v. Hacker veröffentlichten Fall bei dem Status praesens über die Beweglichkeit des fraglichen Tumor folgende Angabe zu finden: Bei der Palpation des Unterleibs fühlt man in der rechten Oberbauchgegend, der Dämpfung entsprechend, einen über faustgrossen Tumor, der mit der Respiration leichte Mitbewegungen macht und sich von der vorderen Bauchwand nach rückwärts gegen die Nierengegend drücken lässt, wo der Anstoss deutlich

von der andern Hand gefühlt wird. Auch lässt sich die Geschwulst seitlich von der Leber verschieben.

Riedel beschreibt in der Berliner klinischen Wochenschrift XXV, 29. 30. 1888 sechs Fälle von einem zungenförmigen Fortsatz mit der vergrösserten Gallenblase der vom rechten Leberlappen bis unterhalb des Nabels sich hinabsenkte, meist eine Breite von 10 cm an der Basis und 4 cm an der Spitze hatte und, wie schon die Perkussion zeigte, nur sehr geringe Dicke besass. Bei diesem ist von einer Beweglichkeit überhaupt keine Rede.

Von den Autoren wird allgemein auf die Möglichkeit diagnostischer Irrtümer hingewiesen, zu welchen ein abgeschnürter Leberlappen Anlass geben kann. So ist es möglich, dass er der palpierenden Hand eine Wanderniere oder eine Neubildung vortäuscht, auch könnte es vorkommen, dass er mit einer von der Gallenblase ausgehenden Geschwulst verwechselt wird, zumal wenn ein seröser Erguss im Peritoneum, ein starkes Fettpolster, eine ödematöse Infiltration der Bauchwandungen oder ein ähnlicher Zustand eine genaue Palpation des Abdomens hindert.

So sehr in Lehrbüchern und Fachschriften alle diese Dinge Beachtung finden, so ist doch nirgends mit genügender Deutlichkeit auf die starke Beweglichkeit hingewiesen, die passiv mit einem abgeschnürtem Leberlappen in seitlicher Richtung ausgeführt werden kann. Und doch dürfte gerade diese bei zweifelhafter Diagnose zur Klärung des wahren Zustandes viel beitragen, zumal ja nach Verschiebung des Lappens der manuellen Untersuchung der durch ihn verdeckten Abdominalorgane, namentlich der rechten Niere, der untersuchenden Hand ein viel freieres Feld geschaffen wird.

Es sei mir daher gestattet, an der Hand von drei Fällen, die Herr Professor Dr. Penzoldt in Erlangen

mir in liebenswürdigster Weise aus der Poliklinik und seiner Privatpraxis zugewiesen hat, die seitliche Verschieblichkeit sogar bis ins Epigastrium hinauf, näher zu beschreiben.

Fall 1.

Karoline St., 35 Jahre, Bürsteneinzieherin.

Anamnese: Der Vater der Patientin ist 59 Jahre alt an der Auszehrung gestorben. Die Mutter erlag mit 50 Jahren einem Leberleiden. Vier Geschwister leben, ein Bruder starb im Alter von 23 Jahren an Lungenentzündung, eine Schwester, die an chronischer Nierenentzündung litt, wurde 26 Jahre alt.

Die St. hat drei Kinder geboren (1889, 1892, 1897). Es waren lauter Spontangeburten. Das erste Kind starb nach fünf Wochen. Von der zweiten Entbindung ab (1892) stellten sich bei der Patientin Kopfschmerz und Magenbeschwerden ein. Auch häufiges Erbrechen und Schwindel traten auf. 1896 machte die Patientin eine Unterleibsentzündung durch. Einige Zeit nach dieser Erkrankung stellten sich Schmerzen um die Nabelgegend ein, auch ein Gefühl des Zusammenziehens im Unterleib gegen die Scheide zu belästigte die St. Anlässlich der letzten Entbindung (1897) fand die St. Aufnahme in der Erlanger Frauenklinik. Dort wurde gefunden, dass sie in der rechten Seite ihres Leibes eine Geschwulst habe. Von einer solchen hatte Patientin bis dahin nichts gemerkt, auch verursachte dieselbe damals keine Schmerzen. Die St. gibt an, dass sie sehr selten ein Korsett getragen habe, doch hat sie von jeher die Gewohnheit gehabt ihre Röcke und Unterkleider mit Bändern um die Taille zu befestigen.

Status praesens: Die St. ist eine kleine, grazil gebaute Person von mässig gutem Ernährungszustand. Ihr Aussehen ist etwas anämisch, jedoch nicht ikterisch

Herz und Lungen sind gesund. Die Bauchdecken sind schlaff und haben ein schwaches Fettpolster. Alte Striae sind vorhanden. Kein Hängebauch. Rings um den Leib, oberhalb der Hüften, ist eine mässig tiefe Schnürfurche zu sehen. Die rechte Bauchseite erscheint vom untern Rippenrand fast bis zur Spina anterior superior leicht vorgewölbt. Diese vorgewölbte Stelle ist ungefähr $3^1/_2$ Querfinger breit und verjüngt sich gegen die Spina zu etwas. Bei der Atmung ist eine geringe Verschieblichkeit der erwähnten Vorwölbung zu sehen.

Was nun die Besichtigung des Abdomens vermuten lässt, nämlich dass die oben erwähnte vorgetriebene Stelle durch eine Geschwulst bedingt sei, bestätigt die Palpation.

Man fühlt entsprechend der vorgetriebenen Stelle des Leibes durch die schlaffen Bauchdecken hindurch einen Tumor, welcher sich ungefähr vom freien Ende des Rippenboges nach abwärts bis fast zur Spina anterior superior erstreckt. An seiner Basis scheint er eine Breite von ca. 6 cm zu besitzen und verjüngt sich gegen sein Ende hin bis auf ca. 3 cm. Das Ende fühlt sich abgerundet an, so dass die Gestalt der Geschwulst sich als eine langgestreckt zungenförmige darbietet. Die Ränder sind glatt, ebenso die ganze Geschwulst. Irgendwelche höckerige Gestalt sowie Einkerbung der Ränder ist nicht zu fühlen. Vom Nabel bleibt der linke Rand des Tumors ungefähr einen Centimenter weit entfernt. Die Konsistenz desselben ist eine mässig harte, er fühlt sich ungefähr wie Lebersubstanz an. Die weitere Untersuchung auf einen etwaigen Zusammenhang mit Nachbarorganen liefert folgendes Ergebnis: An der Spitze, sowie an beiden Rändern lässt sich keine Verwachsung mit angrenzenden Organen konstatieren. Auch sind die Bauchdecken über der Geschwulst verschieblich und da

dieselbe sich unschwer untergreifen lässt, so kann auch irgend eine Verwachsung mit darunter liegenden Organen verneint werden. Die einzige Stelle, an welcher die Geschwulst nicht zu umgreifen ist, befindet sich oben, an ihrer Basis, hier aber in der ganzen Ausdehnung derselben. Beim Umfassen des Tumors fühlt man, dass er an seiner Basis ungefähr $2^1/_2$ cm dick ist und sich dann gegen seine Spitze zu auf ca. $1^1/_2$ cm verdünnt. Man findet bei der Palpation, dass die Geschwulst an ihrer ganzen oberen Basis durch eine etwas vertiefte Brücke mit der Leber zusammenhängt. Im Epigastrium ist der Leberrand etwas über dem Nabel ganz gut zu fühlen. Diesen Zusammenhang mit der Leber bestätigt auch die Perkussion, denn die Leberdämpfung geht auf den Tumor über und soweit dieser überhaupt reicht, ergibt sich bei leiser Perkussion über demselben relativ dumpfer Schall. Die Perkussion des übrigen Abdomens gibt normalen Befund. Auffallend an dem Tumor ist seine überaus grosse passive Beweglichkeit. So lässt er sich leicht in der ganzen rechten Bauchseite herumdrücken, ja nach links und oben kann er sogar bis in das Epigastrium verschoben werden, und zwar soweit, dass sein äusserer Rand noch ein wenig über dem Nabel steht, von wo er, freigelassen, spontan langsam in seine ursprüngliche senkrechte Lage zurückkehrt. Diese passive Verschiebung verursacht keine Schmerzen, nur beim Hinaufdrücken in die Magengegend gibt Patientin an, dortselbst einen mässigen Druckschmerz zu empfinden.

Ein Umklappen, wie es öfter bei abgeschnürten Leberlappen beobachtet wurde, das heisst eine Drehung um eine von rechts nach links gezogen gedachte horizontale Axe findet auch hier statt, doch in beschränktem Maase. Doch viel bedeutender ist die abnorm starke Drehungsfähigkeit um eine horizontale von vorn nach

hinten gedachte Axe. Zu bemerken ist noch, dass wenn der Tumor ins Epigastrium verschoben ist, auch die rechte Niere palpiert werden und als etwas beweglich erkannt werden kann. Das Untersuchungsresultat lässt sich dahin zusammenfassen, dass wir es hier mit einem abgeschnürtem Leberlappen zu thun haben. Es steht der Tumor mit keinem andern Organ in Zusammenhang als mit der Leber, aber hier mit seiner ganzen Basis. Die etwas vertiefte Stelle, die direkt oben an der Basis zu erkennen ist, muss als Schnürfurche angesehen werden; ihre Lage entspricht auch ganz genau der bei der Besichtigung wahrzunehmenden Furche rings ums Abdomen. Die Befestigung der Röcke und Unterkleider rings um den Leib hat eben die allmähliche Abschnürung bewirkt.

Differentialdiagnostisch käme bei Tumoren im rechten Abdomen in Betracht eine Wanderniere, eine maligne Neubildung oder eine Geschwulst der Gallenblase.

Abgesehen davon, dass die Geschwulst schon ihrer Form nach gegen eine Niere spricht, so lässt sich ja auch nach Beiseiteschieben des Tumors zuweilen die rechte Niere palpieren und stellt sich als etwas bewegliche Niere dar, also ist ausgeschlossen, dass die Geschwulst der Niere angehört.

Als maligne Neubildung irgend welcher Organe des Unterleibs könnte die Geschwulst angesprochen werden, wenn man nur nach ihrem Sitz und ihrer Form urteilen dürfte. Aber so vieles spricht gegen Sarcom oder Carcinom, dass eine derartige Diagnose nicht haltbar wäre. So wäre es doch wohl kaum möglich, dass die St. sich mit einer malignen Neubildung im Unterleib so wohl befände, wie es tatsächlich der Fall ist. Man muss auch bedenken, dass der Tumor schon 1897 entdeckt wurde und wäre er bösartig, wohl schon längst

zum Tode geführt hätte. Der Tumor ist aber auch seit Jahren gleich gross geblieben und hat auch seine Konsistenz gleichmässig beibehalten. Dass aber eine maligne Neubildung sich viele Jahre hindurch in ihrer Grösse und Form nicht ändern solle, ist doch nicht denkbar; es spricht ja auch die Konsistenz wie auch die Form für ein anderes Gebilde, denn Sarcom oder Carcinom wären viel härter; auch die Form der Geschwulst wäre unebener und höckeriger. Vermisst wird hier auch eine für die Diagnose eines malignen Tumors wichtige Drüsenschwellung. Eine Verwachsung mit anliegenden Organen, welche doch im Falle der Bösartigkeit der Tumor sicher eingegangen hätte, lässt sich nicht konstatieren, so wenig wie eine Metastasenbildung, für welche ebenfalls nicht die geringsten Anzeichen vorhanden sind.

Als drittes käme in Betracht eine von der Gallenblase ausgehende Erkrankung. Bei der Grösse und Ausdehnung des Tumors könnte doch wohl nur an Hydrops vesicae felleae gedacht werden. Hiegegen spricht aber einmal die Form der Geschwulst. Sie ist langgestreckt flach, bei Flüssigkeitsansammlung aber würde die Gallenblase eine mehr birnförmige Form zeigen und vor allem keine scharfen Ränder aufweisen. Eine dem Hydrops eigene, dem schleimigen Inhalt entsprechende Fluktuation fehlt in dem vorliegenden Falle gänzlich. Dass die Geschwulst immer gleiche Grösse zeigt, spricht auch gegen einen Hydrops, denn je nach dem Füllungsgrad der Gallenblase ändert diese ihre Gestalt und dass der Inhalt derselben immer das gleiche Volumen hätte ist nicht anzunehmen. Hydrops ist durch den dauernden Verschluss des Ductus cysticus erzeugt. Wäre ein Gleiches am Hepaticus oder Choledochus der Fall, so wären ikterische Erscheinungen bei der langen Dauer der Erkrankung sicher nicht vermisst worden; doch konnten solche niemals beobachtet werden. Eine

Verschiebung der Gallenblase bis ins Epigastrium, wie sie an unserem Tumor beobachtet wurde, wäre wohl nicht gut denkbar. Der zungenförmige Fortsatz an der Leber mit der vergrösserten Gallenblase, den Riedel (l. c.) beschreibt, könnte es aus denselben Gründen auch nicht wohl sein. Die von Riedel gegebenen Abbildungen stimmen auch mit den meinigen nicht überein.

Fall 2.

Elise S., 50 Jahre, Zugeherin, in Schillingsfürst.

Anamnese: Patientin gibt an niemals ernstlich krank gewesen zu sein. Zweimal hat sie spontan geboren. 1898 wurde sie wegen Schmerzen in der rechten Seite ärztlich untersucht. Diese Beschwerden fühlte sie ungefähr schon 1—2 Jahre früher, doch sind sie damals schwächer aufgetreten. Im Januar des Jahres 1898 nahmen sie so an Intensität zu, dass die S. acht Wochen lang bettlägerig war. Des weiteren klagte sie über Verstopfung, an welcher sie schon lange zu leiden hatte, damals war diese so hochgradig, dass Stuhl nur auf Klystiere erfolgte. Magenbeschwerden hatte sie auch einigemale, doch kein Erbrechen. In dieser Zeit bemerkte Patientin auch eine starke Abmagerung an sich. Die Menses waren unregelmässig, auch klagte sie über Ausfluss.

Bei der Untersuchung 1902 wurden folgende Angaben gemacht: Die Schmerzen in der rechten Seite sind im Ruhezustand, oder wenn Patientin leichte Arbeit verrichtet, nicht vorhanden; doch bei einer Tätigkeit, bei welcher sie gebückte Haltung einnehmen muss, z. B. Fegen, Waschen, Feldarbeiten etc. spürt sie nach kurzer Zeit die alten Beschwerden in der rechten Seite wiederkommen, so dass sie Beschäftigungen solcher Art fast gar nicht ausführen kann. Die Obstipation, welche

schon früher vorhanden war, ist nicht ganz verschwunden, doch ist Besserung eingetreten. Der Appetit ist gut, auch sonst fühlt sie sich gesund und hat sich ihr Allgemeinbefinden wesentlich gebessert; während sie 1898 stark abmagerte, ist sie, namentlich seit ungefähr einem Jahre bedeutend stärker geworden. Die Regel hat aufgehört.

Status praesens: Die S. ist eine kleine, aber kräftig gebaute Frau von gesundem Aussehen. Die Muskulatur zeigt gute Entwicklung, das Fettpolster ist stark ausgebildet. Herz- und Lungenbefund ist normal. Bei Inspektion des Leibes zeigt derselbe ein starkes Fettpolster, alte Striae sind vorhanden. In der Taille ist eine ziemlich tiefe, ungefähr fingerbreite, um den ganzen Leib ziehende Furche zu sehen.

Die S. gibt zu, dass sie in ihrer Jugend Korsett getragen habe; die Röcke und Unterkleider habe sie früher, wie jetzt noch mit Bändern rings um die Taille befestigt. Hängebauch ist nicht vorhanden. Eine leichte, ovale Vorwölbung zeigt sich in der rechten Oberbauchgegend, beginnt ungefähr am Rippenbogen und endet ungefähr zwischen Nabel und Spina anterior superior. Diese vorgewölbte Stelle hat ihren grössten Durchmesser in der Richtung vom Rippenbogen, wo dieser von der verlängerten rechten Mamillarlinie geschnitten wird, bis zur verlängerten rechten Parasternallinie ungefähr $1^1/_2$ Querfinger breit unterhalb des Nabels. Bei der Atmung ist eine leichte Verschieblichkeit der vorgewölbten Stelle zu sehen.

Beim Palpieren fühlt man entsprechend der sichtbaren Hervorwölbung durch die zwar fettreichen, doch schlaffen Bauchdecken hindurch einen Tumor, welcher ungefähr die Form einer Birne hat. Sein breiteres Ende ist gegen die Symphyse zu gerichtet und hat hier

ungefähr eine Breite von 6—7 cm, während sein schmälerer Teil etwas unterhalb des Rippenbogens zwischen Parasternal- und Mammillarlinie zu fühlen ist. Die Oberfläche, sowie die Ränder — letztere deutlich fühlbar — der Geschwulst sind glatt, Einkerbungen der Ränder sind nicht nachzuweisen. Der linke Rand der Geschwulst reicht bis an den Nabel hin, der unterste Rand ist beim Inspirium ca. $1^1/_2$ Querfinger rechts und ebensoviel unterhalb des Nabels zu fühlen und geht dann nach rechts oben in schräger Richtung gegen die Mitte des Rippenbogens in den rechten Rand über.

Der Tumor fühlt sich mässig hart an wie Lebersubstanz. Will man die Ränder genau abtasten, so weicht die Geschwulst der Hand seitlich aus; nur in der Gegend des Rippenbogens ist sie fest angeheftet und scheint hier in die Leber überzugehen. Entsprechend der auf der Haut sichtbaren Furche ist zwischen Tumor und Leber ebenfalls eine mässige Einziehung fühlbar. Der Leberrand kann rechts und links und ungefähr einen Finger breit oberhalb der Geschwulst abgetastet werden. Sucht man mit dem Finger unter den Tumor zu kommen, so lässt sich dies wegen der fettreichen Bauchdecken nur schwer bewerkstelligen; doch ist es immerhin möglich. Man fühlt, dass die Dicke der Geschwulst in ihrer Mitte ca. $2^1/_2$ bis 3 cm beträgt um sich gegen die freien Ränder und gegen die Basis zu auf ungefähr 1 bis $1^1/_2$ cm abzuflachen. Eine Verwachsung mit den Bauchdecken oder mit anliegenden Organen, ausser mit der Leber kann nirgends nachgewiesen werden. In der Richtung nach rechts und links lässt sich der Tumor leicht passiv bewegen. Nach links ist es sogar möglich, ihn bis ins Epigastrium hinaufzudrücken, so dass sein unterster rechter Rand direkt über dem Nabel steht. Nimmt man die Hand weg, so sinkt er langsam in seine frühere Lage zurück. Schmerzen

verursacht das Verschieben nicht. Ist die Geschwulst ins Epigastrium verschoben worden, so konnte die rechte Niere palpiert werden. Die Palpation des übrigen Abdomens gibt normalen Befund.

Die Perkussion gibt, leicht ausgeführt, über dem ganzen Tumor gleichmässig dumpfen Schall, der sich von der normalen Leberdämpfung bis zur Spitze der Geschwulst erstreckt.

Es liegt auch hier ein abgeschnürter Leberlappen vor; es kann hier ebensowenig wie bei Fall 1 irgend eine Verbindung mit Nachbarorganen konstatiert werden ausser der Zusammenhang mit der Leber. Die Schnürfurche in den Bauchdecken erklärt leicht das Zustandekommen einer solchen im Leberparenchym.

Gegen die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine Wanderniere, bösartige Neubildung oder eine von der Gallenblase ausgehende Erkrankung handle, sprechen dieselben Gründe, wie bei dem ersten Fall.

Fall 3.

Anna W., 31 Jahre, Müllersfrau.

Anamnese: Im Februar 1902 begab sich die W. wegen Kopfschmerzen in poliklinische Behandlung. Die Untersuchung ergab noch eine Spitzendämpfung und eine Geschwulst in der rechten Oberbauchgegend. Patientin wusste bis dahin nichts vom Vorhandensein einer solchen anzugeben, doch erklärte sie, dass sie schon seit geraumer Zeit in der rechten Seite des Leibes ziehende Schmerzen verspürt habe. Es wurde ihr eine Pelotte zum beständigen Gebrauch verordnet. Bei der letzten Untersuchung gab sie an, dass die ziehenden Schmerzen in der rechten Seite des Leibes im Ruhezustande nicht auftreten, doch könne sie Feldarbeiten, wie überhaupt schwere Arbeiten, namentlich in gebückter Stellung nicht oder nur schwer bewältigen, da nach

kurzer Anstrengung die Schmerzen wiederkämen und sich bei fortgesetzter Anstrengung sehr steigerten. Die Pelotte könne sie zu Arbeiten, welche gebückte Haltung erforderten, wegen des Druckschmerzes, den diese verursache, nicht tragen. Korsetts habe sie wenig getragen, doch habe sie von jeher Röcke und Unterkleider mit Bändern um die Taille befestigt.

Status praesens: Die W. ist eine mittelgrosse Frau von normalem Körperbau. Das Aussehen ist etwas anämisch, die Muskulatur ist mässig gut entwickelt, das Fettpolster ist gering. An beiden Lungenspitzen lässt sich eine Dämpfung nachweisen, das Herz ist gesund. Die Besichtigung des Leibes gibt folgenden Befund: Das Fettpolster erscheint schwach, die Bauchmuskeln schlaff. Hängebauch ist nicht vorhanden aber reichliche Stria In der Taille rings um den Leib ziehend ist eine ungefähr fingerbreite, mässig tiefe Furche in der Haut sichtbar. In der rechten Seite des Leibes sieht man eine länglich runde, mässig starke Verwölbung, deren Längsdurchmesser vom Rippenbogen gegen die Symphyse gerichtet ist und ungefähr 10 cm beträgt. Der grösste Breitendurchmesser beträgt ungefähr 6 cm. Der am weitesten nach abwärts reichende Punkt der Vorwölbung befindet sich zwischen Nabel und Spina anterior superior. Beim Atmen verschiebt sich die vorgewölbte Stelle etwas.

Infolge der ziemlich dünnen, schlaffen Bauchdecken ist die Palpation des Abdomens leicht auszuführen. Entsprechend der Vorwölbung fühlt man eine länglich runde Geschwulst. Diese bietet sich der untersuchenden Hand als ein zungenförmiger, ca. 10 cm langer Körper von mässig harter Konsistenz dar. Die Oberfläche ist glatt, die Ränder ebenso und weisen keinerlei Einbuchtungen auf. Der linke Rand des Tumors zieht am Nabel vorbei, der unterste Rand ist ungefähr einen Finger breit rechts und ungefähr zwei Finger breit unterhalb des Nabels zu

fühlen. Der rechte Rand zieht von da ab in schiefer Richtung nach aufwärts gegen die Mitte des Rippenbogens zu. Der Tumor ist beweglich, nur in der Gegend des Rippenbogens ist diese Beweglichkeit aufgehoben. Bei dem Versuch die Geschwulst zu umfassen, findet man, dass weder ein freier Rand, noch die untere Fläche, noch auch die Oberfläche Verwachsungen mit Nachbarorganen eingegangen hat, nur an seinem obersten Teile, parallel zum Rippenbogen ist sie fest angewachsen. Da ein Umgreifen leicht möglich ist, so kann auch die Dicke der Geschwulst gut abgeschätzt werden. Sie beträgt in der Mitte 2 bis $2^1/_2$ cm, welche sich gegen die freien Ränder zu auf ca. $1^1/_2$ bis 1 cm abflacht. An der Stelle, an welcher der Tumor verwachsen ist, lässt sich seine Dicke nicht bestimmen, da man nicht unter denselben greifen kann. Aber man fühlt hier ganz deutlich den Uebergang in die Leber. Die Verbindung mit derselben vermittelt eine an der ganze Basis der Geschwulst ansetzende, ungefähr 1 bis 2 cm breite etwas tiefer als Tumor und Leberrand liegende Brücke, die genau der in den Bauchdecken sich befindlichen Furche entspricht. Der linke Leberrand kann bis ins Epigastrium abgetastet werden. Gross ist die passive Beweglichkeit des Tumors; er kann nach oben umgeklappt werden und nach beiden Seiten lässt er sich ebenfalls ausgiebig bewegen. Mit leichter Mühe lässt er sich ins Epigastrium drücken, so dass sein äusserer rechter Rand ungefähr einen Finger breit über dem Nabel steht. Schmerzgefühl wird beim Verschieben nicht ausgelöst. Hält man den Tumor im Epigastrium zurück, so ist die rechte Niere palpabel. Nimmt man die Hand von der emporgehaltenen Geschwulst weg, so kehrt sie langsam von selbst in ihre gewohnte Lage zurück. Die weitere Untersuchung des Leibes ergibt noch eine linksseitige Wanderniere. Eine leise ausgeführte Perkussion

ergibt über der ganzen vorgewölbten Stelle gleichmässig dumpfen Schall. Es muss auch bei der W. aus denselben Gründen, wie bei Fall 1 und 2 die Diagnose auf einen rechtsseitigen Schnürlappen der Leber gestellt werden. Der Verdacht, dass der Tumor eine Wanderniere, eine bösartige Neubildung oder eine mit der Gallenblase in Zusammenhang stehende Erkrankung sei, muss aus denselben Gründen wie bei den beiden ersten Fällen abgewiesen werden.

* * *

Wenn auch abgeschnürte Leberlappen von solcher Grösse und Beweglichkeit, wie sie in den drei vorliegenden Fällen beschrieben wurden, nicht gerade sehr häufig sind, so sind sie deswegen doch von einiger Wichtigkeit. Bestehen sie zuweilen auch ohne Beschwerden — bei Fall 1 und 3 waren sie zufälliges Untersuchungsergebnis —, so scheinen letztere im Laufe der Zeit sich doch einzustellen und namentlich bei den Leuten, die zu schwerer Arbeit genötigt sind, recht erhebliche Schmerzen zu verursachen. Aber auch im Zustand der Ruhe können solche Schnürlappen ihren Trägern lästig fallen, wie z. B. im zweiten beschriebenen Fall die Patientin sich genötigt sah infolge der Beschwerden acht Wochen das Bett zu hüten.

In dem von v. Hacker beschriebenen Fall unterzog sich sogar die Frau wegen der grossen Beschwerden einer Laparotomie. Sache des Arztes ist es, dem Kranken, der mit einer solchen Leberveränderung sich Rat von ihm erholt, möglichste Hilfe angedeihen zu lassen. Da wir ja wissen, wie solche Schnürlappen zu Stande kommen, nämlich durch den Druck einengender Kleidungsstücke und zu schmaler Bänder, so ist dem Patienten von jedem auf die Leber drückenden Stück Kleidung dringend abzuraten. Zum Halten der Röcke und

Unterkleider soll er ein Leibchen tragen, das breit über den Schultern anliegt, und die Last der Kleidung auf sich nehmen soll. Wird dieser Rat befolgt, so wird der Kranke die guten Wirkungen meist bald spüren. Aber dieses Verlegen des Druckes auf die Schultern genügt oft nicht allein. Es muss den schlaffen Bauchdecken eine Stütze gegeben werden; diese verleiht eine zweckmässige Leibbinde mit Schenkelriemen. Zum Zweck des Zurückhaltens des Schnürlappens empfiehlt es sich einen halbmondförmigen Wulst dergestalt in die Leibbinde einzufügen, dass er mit der Convexität an der Symphyse anliegt. Von einer solchen Einlage und der Binde kann man erwarten, dass sie den Tumor etwas nach oben hält und seine Beweglichkeit beim Bücken etc. beschränkt. In Fall 1 wurde eine solche Binde verordnet, von der Patientin aber wenig getragen, offenbar weil die Beschwerden zu gering waren und sie die Unbequemlichkeiten, welche das Tragen einer solchen Bandage mit sich bringt, scheute. Sollte die veränderte Kleidertracht und die Binde von keinem Erfolg begleitet sein und die Beschwerden sich zu sehr steigern, so müsste versucht werden, die nötige Hilfe durch einen chirurgischen Eingriff wie im Fall Hacker zu bringen.

Dass die Schnürlappen grosse Beschwerden verursachen können ist sicher, deshalb ist es aber auch wichtig, dass sie als solche erkannt und behandelt werden. Es ist ja die Möglichkeit vorhanden, dass es dem Untersuchenden nicht leicht fällt, genau zu unterscheiden, ob ein Schnürlappen vorliegt oder ob die Diagnose auf Wanderniere, maligne Neubildung oder Vergrösserung der Gallenblase zu stellen sei. Zur Klärung eines solchen zweifelhaften Falles glaube ich, dass die Beachtung der seitlichen Beweglichkeit der fraglichen Geschwulst sehr viel beitragen kann. Es ist doch anzunehmen, dass eine solche passive Verschieb-

lichkeit z. B. bis ins Epigastrium nicht gerade eine Eigentümlichkeit der beschriebenen drei Fälle ist, sondern dass jeder ähnliche Schnürlappen passiv sehr stark seitwärts bewegt werden könne, es müssten denn durch Prozesse entzündlicher Natur Verklebungen des Lappens mit Nachbarorganen stattgefunden haben. Es ist so ziemlich von allen Autoren auf die Thatsache hingewiesen, dass ein grosser Schnürlappen nach oben umgeklappt werden kann. Wichtiger erscheint mir die seitliche passive Verschieblichkeit.

Angenommen, es schwankt die Diagnose zwischen Wanderniere und Schnürlappen, so ist mit einem Umklappen des fraglichen Tumors nach oben wenig gewonnen, ist es aber möglich denselben soweit zur Seite zu schieben, dass die rechte Niere abgetastet werden kann, so ist doch zweifellos erwiesen, dass der Tumor keine Niere sein kann. Wäre differential-diagnostisch zu entscheiden ob Schnürlappen? ob bösartige Geschwulst? so könnte meiner Ansicht nach auch die starke seitliche Verschiebung wichtige Aufschlüsse geben, abgesehen von andern Unterscheidungsmerkmalen. Wenn man bedenkt, welche Verwachsungen ein Carcinom oder Sarkom von so ansehnlicher Grösse verursachen würde, so wird man verstehen, dass eine starke seitliche Verschieblichkeit doch entweder gar nicht oder nur mit den grössten Schmerzen bewerkstelligt werden könne. Eine ausgedehnte Gallenblase würde, wenn sie wirklich die Grösse eines oben beschriebenen Schnürlappens erreichte, wohl auch nicht bis ins Epigastrium sich verschieben lassen, es sei denn, dass eine Komplikation mit Abschnürung des rechten Leberlappens vorliegen würde. Kann ein Schnürlappen so stark zur Seite geschoben werden, dass dann der durch ihn für gewöhnlich verdeckte Inhalt des Abdomens palpiert werden kann, so sind die Vorteile für eine genaue Diagnose eines Tumor in der

rechten Bauchseite sehr grosse. Es ist meiner Ansicht nach die seitliche Verschieblichkeit eines abgeschnürten Leberlappens in der Litteratur viel zu wenig berücksichtigt und möchte ich an der Hand der drei beschriebenen Fälle auf diese Eigenschaft der Schnürlappen aufmerksam machen.

Zum Schlusse empfinde ich es als angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Penzoldt für gütige Ueberlassung der Arbeit sowie die freundliche Unterstützung bei derselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

August Hess wurde am 3. April 1872 zu Erlangen als Sohn des prakt. Arztes Dr. Wilh. Hess dortselbst geboren. In seiner Vaterstadt besuchte er die Volksschule, sowie die Lateinschule und das humanistische Gymnasium, welches er im Juli 1891 absolvierte. Im Herbste desselben Jahres wurde er bei der kgl. bayer. Universität zu Erlangen als stud. jur. inscribiert, welches Studium er im Herbste 1897 mit dem der Medizin vertauschte. Im Mai 1902 verliess er die Universität nachdem er in Anfang dieses Monats die ärztliche Staatsprüfung bestanden hatte. Von Anfang Juni bis Ende September war er in Alexandersbad als Assistenzarzt thätig. Von dort kehrte er nach Erlangen zurück um zu promovieren und ist seit 2. Januar 1903 in Hersbruck als prakt. Arzt. Seiner militärischen Dienstpflicht genügte er vom 1. Oktober 1901 bis 1. Oktober 1902 im kgl. bayer. 19. Infanterie-Regiment.